

تغییرات سبک زندگی از نگاه بیماران تحت همودیالیز: تحلیل محتوا

منیر نوبهار^۱

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: یکی از عوامل اساسی در ارتقای توانمندی بیماران تحت همودیالیز، تغییرات سبک زندگی است که بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیر می‌گذارد. هدف از انجام مطالعه حاضر، تبیین تغییرات سبک زندگی از نگاه بیماران تحت همودیالیز بود.

روش: تغییرات سبک زندگی بیماران تحت همودیالیز با استفاده از رویکرد تحلیل محتوای کیفی (Qualitative content analysis) تبیین گردید. این بیماران حداقل یک سال تحت درمان با همودیالیز بودند. داده‌ها با استفاده از روش مصاحبه نیمه ساختار یافته جمع‌آوری گردید. نمونه‌گیری به صورت هدفمند شروع شد و به تدریج بر اساس کدها و طبقات به دست آمده، تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. مصاحبه با ۲۰ مشارکت‌کننده صورت گرفت. مصاحبه‌ها بین ۴۰ تا ۸۵ دقیقه به طول انجامید. داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری و بر اساس پنج گام Graneheim و Lundman تجزیه و تحلیل گردید. اطمینان از صحت و استحکام تحقیق با استفاده از معیارهای Lincoln و Guba انجام گرفت.

یافته‌ها: بر اساس فرایند تحلیل داده‌ها، ۵ درون‌مایه که بیانگر تجارب بیماران تحت همودیالیز از تغییرات سبک زندگی بود، استخراج گردید. این طبقات شامل «تلاش جهت رعایت برنامه غذایی، تداوم مصرف داروهای تجویزی، سازش با تغییر الگوی خواب، تطابق با فعالیت فیزیکی و حفظ استقلال روانی و اجتماعی» بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های به دست آمده از مطالعه حاضر، تغییرات سبک زندگی در بیماران همودیالیز را تبیین نمود. افراد تیم درمانی باید بیماران را جهت دستیابی به راهبردهای سازگارانه و ایجاد تغییرات اساسی در سبک زندگی حمایت کنند و بر مقابله مؤثر آن‌ها در زندگی روزمره و برخورداری این بیماران از زندگی و هویت موجود تأکید نمایند.

کلید واژه‌ها: سبک زندگی، همودیالیز، تحقیق کیفی

ارجاع: نوبهار منیر. تغییرات سبک زندگی از نگاه بیماران تحت همودیالیز: تحلیل محتوا. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۶؛ ۶ (۴): ۳۸۴-۳۷۳.

تاریخ پذیرش: ۹۶/۷/۱۵

تاریخ دریافت: ۹۴/۸/۸

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران
Email: nobahar43@semums.ac.ir نویسنده مسؤول: منیر نوبهار

مقدمه

بیماری نارسایی مزمن کلیه (Chronic kidney disease یا CKD)، به کاهش غیر قابل برگشت عملکرد کلیه که بیشتر از سه ماه طول کشیده باشد، گفته می‌شود و به مرحله پیشرفته این بیماری که جهت ادامه حیات به همودیا لیز یا پیوند نیاز باشد، مرحله انتهایی بیماری کلیه (End stage renal disease یا ESRD) اطلاق می‌گردد که در جهان رو به افزایش است (۱). ESRD مشکل بهداشتی عمده‌ای برای کشورهای جنوب شرقی آسیا محسوب می‌شود که بیش از دو میلیارد نفر به آن مبتلا می‌باشند. اگرچه بروز و شیوع واقعی این عارضه در منطقه شناخته شده نیست، اما تخمین‌ها نشان می‌دهد که شیوع آن ممکن است بیش از گزارش‌ها در جوامع غربی باشد. همچنین، اغلب افراد مبتلا به آن جوان هستند و در سال‌های بیشتری از زندگی خود درگیر این بیماری خواهند بود (۲).

سبک زندگی، روشی است که هر فردی در طی زندگی خود انتخاب می‌کند و عامل بسیار مهمی در سلامت جسمی و روانی او می‌باشد (۳). یغمایی و همکاران بیان کردند که CKD اثرات متقابلی بر شرایط جسمی، روانی و عملکردی فرد دارد و منجر به بروز افسردگی و تغییرات سبک زندگی مانند مشکلات اقتصادی، از دست دادن شغل، محدودیت در مصرف مایعات، تغییر در نقش‌های خانوادگی و کاهش دستیابی به اهداف طولانی مدت می‌گردد (۴). ESRD موجب می‌شود که فرد مبتلا به میزان زیادی کنترل خود را در خصوص تنش‌های مزمن و حاد و فشارهای هیجانی از دست بدهد و این مسأله موجب تغییر رفتار در تمام زندگی و روابط فردی وی خواهد شد (۵). از طرف دیگر، همودیا لیز که از رایج‌ترین اقدامات درمانی برای بیماران مبتلا به ESRD است، با وجود این که طول مدت عمر این بیماران را زیاد می‌کند، مشکلات متعددی را در سبک زندگی آنان به همراه دارد (۱) و باعث ایجاد تنش می‌گردد و بر کیفیت زندگی آنان اثرات منفی بر جای می‌گذارد (۶، ۷). این بیماران نه تنها درد و رنج بیماری مزمن را تجربه می‌کنند، بلکه زندگی آن‌ها به درمان همودیا لیز وابسته می‌شود و درک این تغییرات، به رنج

بیشتر آنان منجر می‌گردد (۸).

بروز ESRD و انجام روش درمانی همودیا لیز، موجب تغییر در سبک زندگی و وضعیت سلامت فرد می‌شود و نه تنها سلامت جسمی، بلکه دیگر ابعاد سلامتی را نیز به مخاطره می‌اندازد و همه این عوامل کیفیت زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۹). از طرف دیگر، تغییرات متعدد و بنیادی در شیوه زندگی بیماران بر عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی آنان تأثیر می‌گذارد. از سوی دیگر، تغییرات سبک زندگی یکی از عوامل اساسی در سازگاری و ارتقای توانمندی بیماران ESRD تحت همودیا لیز است که بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیرگذار می‌باشد. بیماران ESRD سبک جدیدی برای زندگی دارند (۱۰). آن‌ها نیازمند ایجاد تغییراتی در سبک زندگی هستند (۱۱). Al-Arabi سه طبقه مفهومی شامل «حفظ زندگی، محدودیت در زندگی، احساس خوب و شاد بودن» را در توصیف زندگی روزمره در ESRD مطرح نمود (۱۲). Hagren و همکاران اعتقاد دارند که سه درون‌مایه اصلی در زندگی بیماران ESRD شامل «زندگی محدود شده، برانگیختگی احساسات و تلاش برای مدیریت زندگی» می‌باشد (۱۳). تحقیق کیفی، درک عقاید، نگرش‌ها، دیدگاه‌ها، انگیزه‌ها و ارزش‌ها را امکان‌پذیر می‌نماید (۱۴).

مرور مطالعات نشان می‌دهد که تحقیقات کیفی روی دیدگاه‌های بیماران تحت همودیا لیز بسیار محدود است (۱۵). همچنین، سبک زندگی بر فرهنگ، نژاد، مذهب، موقعیت جغرافیایی، اقتصادی، اجتماعی، زندگی و اعتقادات فرد تأثیر می‌گذارد (۳). تحقیقات بسیار محدودی در خصوص سبک زندگی در بیماران ESRD تحت همودیا لیز در داخل و خارج از کشور انجام شده است. همچنین، شواهد حاکی از آن است که سبک زندگی آسیایی‌ها با اروپایی‌ها تفاوت دارد (۸). از سوی دیگر، کنترل سبک زندگی نقش مهمی در حفظ سلامتی این بیماران دارد و آن‌ها باید سبک زندگی خود را به نحوی تغییر دهند که بتواند نقش و هویت جدید را بپذیرد (۱۶). بیماران ESRD تحت همودیا لیز باید بر جنبه‌های مختلف سبک زندگی خود کنترل داشته باشند (۱۷). بیماران ESRD تحت همودیا لیز با محدودیت‌هایی در فعالیت‌های

روزمه زندگی، تغییر در سبک زندگی، وابستگی به سایر افراد، تنش‌های مالی، مشکلات خانوادگی، اختلال در تصویر ذهنی و اعتماد به نفس مواجه می‌باشند (۱۸) و تجربه زندگی با همودایلیز این افراد را دچار مشکلات روحی می‌کند. همچنین، آن‌ها باید از رژیم سخت دیالیزی، محدودیت مایعات و غذا و مصرف داروهای خاص پیروی کنند و علاوه بر این، مشکلات بی‌شمار جسمی، روانی و اجتماعی در رابطه با همودایلیز وجود دارد (۱۹). بنابراین، هدف از انجام مطالعه حاضر، تبیین تغییرات سبک زندگی بیماران ESRD تحت همودایلیز بود.

روش

این پژوهش با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی با رویکرد قراردادی انجام شد (۲۱، ۲۰). جامعه مورد بررسی از بین بیماران تحت درمان با همودایلیز و مراقبان آن‌ها (یکی از بستگان بیمار که با او به بخش همودایلیز مراجعه می‌کرد و اغلب هماهنگی جهت برنامه دیالیز او را بر عهده داشت)، پرستاران و پزشکان بخش همودایلیز بیمارستان کوثر وابسته به دانشگاه علوم پزشکی سمنان انتخاب شدند. مشارکت کنندگان با نمونه‌گیری هدفمند (Purposeful) از بین بیماران تحت همودایلیز که بیش از یک سال تحت درمان بودند، اطلاعات غنی داشتند، به مصاحبه با پژوهشگر تمایل داشتند و علاقمند به بیان تجربه خود بودند، انتخاب شدند. با توجه به اصل حداکثر تنوع (Maximum variation) در امر نمونه‌گیری، از بیماران تحت درمان با همودایلیز که از نظر سن، مدت ابتلا، شدت و علت بیماری در درجات مختلفی قرار داشتند، استفاده گردید. طی انجام تحقیق، ۲۰ شرکت کننده شامل ۸ بیمار، ۷ پرستار، ۳ مراقب و ۲ پزشک مشارکت نمودند. اخذ دیدگاه مراقبان و اعضای تیم مراقبت (پرستاران و پزشکان) که تغییرات سبک زندگی بیمار و اثرات آن را نظارت می‌کردند، منجر به تبیین غنی داده‌های سبک زندگی بیماران شد. نمونه‌گیری تا زمان اشباع داده‌ها و طبقات ادامه یافت. اطلاعات فردی مشارکت کنندگان شامل سن، جنسیت، تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، مدت زمانی که از شروع بیماری و نیاز به دستگاه دیالیز می‌گذشت، ثبت گردید.

روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه نیمه ساختار یافته بود. از مشارکت کنندگان درخواست شد که در مورد زندگی با همودایلیز صحبت کنند. با چه شرایطی در زندگی روزمره روبه‌رو هستید؟ چه روش‌هایی برای زندگی کردن دارید؟ سپس در مورد عوامل تأثیرگذار بر زندگی با همودایلیز پرسش شد. سؤالات پیگیری کننده بر اساس اطلاعاتی که شرکت کنندگان ارائه می‌کردند، جهت روشن‌تر شدن مفهوم مورد مطالعه مطرح گردید. سؤالات مصاحبه‌های بعدی نیز بر اساس طبقات استخراج شده تنظیم شد. همودایلیز چه تأثیری بر روش زندگی دارد؟ سپس برای تشویق مشارکت کنندگان و به منظور دستیابی به اطلاعات عمیق‌تر، سؤالات کاوشی مانند می‌توانید بیشتر توضیح بدهید؟ یا یک مثال بزنید، پرسیده شد. در پایان از مشارکت کننده تقدیر و تشکر به عمل آمد و از آن‌ها درخواست گردید تا اگر مطلبی باقی مانده است، بیان کنند. برای جمع‌آوری اطلاعات با مراقبان بیمار، پرستاران و پزشکان بخش همودایلیز نیز مصاحبه صورت گرفت و از آنان نیز در مورد تجربیاتشان از وضعیت زندگی بیماران تحت همودایلیز سؤال شد. «لطفاً برام در مورد روش زندگی بیمار همودایلیز توضیح بدهید؟ آن‌ها با چه شرایط و محدودیت‌هایی در زندگی روزمره روبه‌رو هستند؟» پس از پایان هر مصاحبه، داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. مقایسه مداوم داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری اطلاعات انجام می‌گرفت؛ به گونه‌ای که اطلاعات جمع‌آوری شده با اطلاعات قبلی مقایسه می‌گردید و اهمیت و موقعیت آن در سلسله مراتب آنالیز اطلاعات تعیین می‌شد. مدت زمان مصاحبه‌ها بر حسب شرایط و تمایل مشارکت کنندگان بین ۴۰ تا ۸۵ دقیقه به طول انجامید. محل انجام مصاحبه‌ها نیز اتاقی در بخش کلینیکی درمانگاهی بیمارستان و جنب بخش دیالیز انتخاب شد که کوتاه‌ترین مسافت ممکن را نسبت به بخش همودایلیز داشت و بیماران در آن از لحاظ شرایط فیزیکی، دما، بو، تهویه و نور در آسایش بودند. در زمان انجام مصاحبه‌ها فقط پژوهشگر و مشارکت کننده در اتاق حضور داشتند. داده‌ها به روش تحلیل محتوای قراردادی و بر اساس پنج گام Graneheim و Lundman مورد تجزیه و تحلیل قرار

گرفت (۲۲). در گام اول متن مصاحبه‌ها بر روی نوار ضبط و

بلافاصله کلمه به کلمه پیاده‌سازی و به عنوان داده اصلی تحقیق استفاده گردید (Transcribing). در گام دوم، نوار صدای ضبط شده به دفعات گوش داده شد و متن‌های دست‌نویس چندین بار مرور گردید و تصمیم‌گیری در مورد تقسیم متن به واحدهای معنایی (Meaning units) صورت گرفت. در گام سوم، طراحی انتزاعی نمودن (Abstracting) واحدهای معنایی و انتخاب کدها انجام شد. با توجه به تجارب مشارکت‌کنندگان، مفاهیم آشکار و پنهان به صورت جملات یا پاراگراف از کلمات آن‌ها و کدهای دلالت‌کننده مشخص شد، سپس کدگذاری و خلاصه‌سازی انجام گرفت. در گام

چهارم بر اساس مقایسه مداوم تشابهات، تفاوت‌ها و تناسب، کدهایی که بر موضوع واحدی دلالت می‌کردند، در یک طبقه قرار گرفت و زیرطبقات و طبقات دسته‌بندی شد و کدهای محوری شکل گرفت. نقاط مبهم و نیازمند توجه، علاوه بر بازنگری توسط مشارکت‌کنندگان، در مصاحبه‌های بعدی نیز مورد بررسی قرار گرفت؛ به نحوی که نقاط ابهام برطرف شد و جایگاه کدها در هر طبقه به طور کامل مشخص گردید. در گام پنجم در سطح تفسیری، طبقات تلخیص و مفهوم مرکزی هر طبقه مشخص گردید و مفاهیم اصلی و انتزاعی استخراج شد. مفاهیم بر اساس شرح مضامین درونی در متن مشخص گردید و این مضامین درونی با توجه به کل داده‌ها مورد بازبینی قرار گرفت (۲۲). تحلیل داده‌ها به صورت دستی انجام شد.

به منظور تعیین اعتباربخشی داده‌ها (Rigour)، از معیارهای Lincoln و Guba استفاده شد. برای تأیید داده‌ها از درگیری طولانی مدت محقق (Prolonged engagement)، تعامل مناسب با مشارکت‌کنندگان و بازنگری توسط آن‌ها (Member check) استفاده گردید که به افزایش مقبولیت داده‌ها (Credibility) نیز کمک می‌کرد.

همچنین، تلفیق زمانی (Time triangulation) و تنوع نمونه‌گیری، اعتبار داده‌ها را افزایش داد و منجر به تأییدپذیری داده‌ها (Confirmability) شد. قابلیت تعیین - تأیید با رعایت بی‌طرفی محقق، بررسی متن مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده و توافق روی کدها و درون‌مایه‌ها،

توسط دو نفر از اعضای هیأت علمی (Peer check) مورد تأیید قرار گرفت.

اطمینان (Dependability) یا ثبات یافته‌ها با نسخه‌نویسی در اسرع وقت، استفاده از نظرات همکاران (External check) و مطالعه مجدد کل داده‌ها فراهم گردید. مصاحبه با مشارکت‌کنندگان متفاوت، ارایه نقل قول‌های مستقیم و مثال‌ها، مشاوره‌های علمی با استادان صاحب‌نظر، قابلیت انتقال (Transferability) یا تناسب (Fittingness) را امکان‌پذیر نمود.

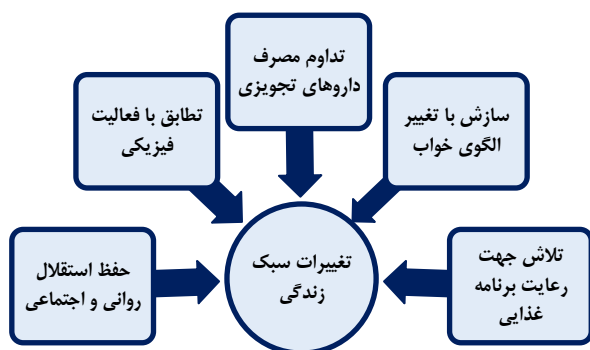
پس از اخذ معرفی‌نامه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان، شرکت‌کنندگان به صورت هدفمند انتخاب شدند و توضیحات لازم به آن‌ها ارایه گردید. در صورت اعلام رضایت شرکت‌کنندگان، زمان مصاحبه با موافقت آن‌ها تعیین شد. پس از بیان اهداف پژوهش، تمامی مشارکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه برای شرکت در مطالعه را تکمیل نمودند. از شرکت‌کنندگان برای ضبط صدا و پاسخگویی به سؤالات اجازه گرفته شد. در مورد محرمانه بودن اطلاعات و صدای ضبط شده نیز به آن‌ها اطمینان داده شد. خروج مشارکت‌کنندگان از مطالعه به هر دلیل به صورت آزادانه امکان‌پذیر بود. به آن‌ها اطلاع داده شد که در صورت لزوم ممکن است برای تکمیل صحبت‌ها دوباره به آن‌ها مراجعه شود. همچنین، به مشارکت‌کنندگان گفته شد که در صورت تمایل می‌توانند نتایج پژوهش را در اختیار داشته باشند. در هنگام انتشار نتایج، کلیه اطلاعات فردی مشارکت‌کنندگان محرمانه بود.

یافته‌ها

اطلاعات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ ارایه شده است.

بر اساس فرایند تجزیه و تحلیل داده‌ها، ۵ طبقه که بیانگر تجارب بیماران تحت همودایلیز از تغییرات سبک زندگی بود، استخراج گردید. این طبقات شامل «تلاش جهت رعایت برنامه غذایی، سازش با تغییر الگوی خواب، تداوم مصرف داروهای تجویزی، تطابق با فعالیت فیزیکی و حفظ استقلال روانی و اجتماعی» بود (شکل ۱).

وعده غذا مثل اون‌ها بخورم سریع باید بستری بشم، آن‌ها نمک می‌خورند، سیب‌زمینی سرخ کرده می‌خورن، سوسیس می‌خورند، اما من سرخ کردنی نباید بخورم، باید گوشت آب‌پز بخورم، حتی ماهی را آب‌پز می‌کنم... من مجبورم این جوری بخورم» (بیمار ۶).



شکل ۱. تغییرات سبک زندگی در بیماران تحت همودیا لیز

برخی از بیماران حتی با گرفتن اطلاعات مورد نیاز، تمایلی به رعایت برنامه غذایی نداشتند. آن‌ها آموزش‌های غذایی را به صورت صحیح رعایت نمی‌کردند. «من هرچه برسه دستم می‌خورم، آن‌جوری که باید پرهیز بکنم، نمی‌توانم. الآن اگر خامه نباشه، نمی‌توانم صبحانه بخورم. به من می‌گویند لبنیات استفاده نکن، چه جوری استفاده نکنم... شکمو هستم، غذایی که روغن یا هر چیز دیگری کم داشته باشه، نمی‌توانم بخورم» (بیمار ۴).

سازش با تغییر الگوی خواب: بیماران تحت

همودیا لیز اغلب مشکلات در الگوی خواب را تجربه کرده بودند. کاهش خواب شبانه، چرت زدن‌های کوتاه طی روز از یک سو به بیماری و از سوی دیگر، در بسیاری از موارد به کاهش میزان تحرک بدنی، افزایش سن و... مربوط می‌شد. آن‌ها ضمن سازش با تغییر الگوی خواب، علاقمند بودند از الگوی خواب طبیعی بهره‌مند گردند. «به دکتر می‌گم خوابم نمی‌بره، می‌گه قرص بخور... می‌گم دکتر یک هفته است که این قرص‌ها را می‌خورم، اما باز هم خوابم نمی‌بره، می‌گه خوب دو تا قرص بخور، اما من این کار را نکردم» (بیمار ۲).

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک مشارکت کنندگان

میانگین	حداکثر - حداقل	مشارکت کنندگان
سن (سال)		
بیماران	۴۰-۷۵	۵۱/۳۷
پرستاران	۳۷-۶۰	۴۵/۵۰
پزشکان	۵۰-۴۵	۴۷/۵۰
مراقبان بیمار	۲۴-۸۴	۵۰/۷۳
جنسیت		
بیماران	۳ مرد و ۵ زن	
پرستاران	۲ مرد و ۵ زن	
پزشکان	۱ مرد و ۱ زن	
مراقبان بیمار	۳ مرد	
سطح تحصیلات		
بیماران	۵ نفر ابتدایی، ۱ نفر متوسطه و ۲ نفر دیپلم	
پرستاران	۲ نفر کارشناس	
پزشکان	۱ فوق تخصص و ۱ متخصص	
مراقبان بیمار	۱ نفر ابتدایی و ۲ نفر دیپلم	
شغل		
بیماران	۵ خانه‌دار، ۲ بیکار و ۱ بازنشسته	
پرستاران	سرپرستار و پرستار	
پزشکان	پزشک	
مراقبان بیمار	۲ بازنشسته و ۱ کارگر	
مدت همودیا لیز (سال)		
بیماران	۳-۲۱	۹/۳۷
وضعیت تاهل		
بیماران	۶ متأهل، ۱ مجرد و ۱ همسر فوت کرده	
پرستاران	۴ متأهل، ۲ مجرد و ۱ مطلقه	
پزشکان	۲ متأهل	
مراقبان بیمار	۲ متأهل و ۱ مجرد	
تعداد فرزندان		
بیماران	۲-۸	۳/۲۵
پرستاران	۱-۲	۱/۸
پزشکان	۲	۲
مراقبان بیمار	۸-۴	۴

تلاش جهت رعایت برنامه غذایی: اغلب بیماران

تحت دیا لیز، تغییر در عادات غذایی را در سبک زندگی خود اتخاذ کرده بودند و جهت رعایت برنامه غذایی متناسب با شرایط خود تلاش می‌کردند. «هیچ وقت با بچه‌هام غذا نمی‌خورم. هیچ وقت از غذای بچه‌هام نمی‌خورم... من چند

را برطرف بکنم. حتی مقنعه‌ای که برای نماز خوندن می‌خواد سرش کنه، من سرش می‌کنم» (مراقب بیمار ۱).

«می‌تونیم بیمار را طوری آماده بکنیم که حتی به زندگی روزمره‌اش برسه، کارهای معمول زندگیش را بدون کمک دیگران انجام بده، سر کارش بره، فکر نکنه که اسم دیالیز را که شنید یعنی خط آخر...» (پرستار ۶).

ضرورت انجام همودایلیز، در سبک زندگی بیماران و حتی اعضای خانواده به خصوص مراقب اصلی، تغییر ایجاد می‌کرد که توسط بیماران مطرح شد. «من زمستون و تابستان، سه بار در هر هفته، از روستا به بخش دیالیز می‌یام، ساعت ۶ از خونه بیرون می‌یام تا ساعت ۸ که به بخش دیالیز برسم» (بیمار ۸). ضرورت انجام همودایلیز حین سفر نیز برای آنان اهمیت داشت. برخی از بیماران با وجود این که سفر را برای بیمار تحت همودایلیز سخت می‌دیدند، اما با برنامه‌ریزی جهت رفتن به مسافرت، مشکلات موجود برای همودایلیز را کاهش و قابل تحمل می‌کردند. «از اطلاعات سمنان شماره تلفن اطلاعات مشهد را می‌گیرم، می‌گم که شماره تلفن یه بیمارستانی که به حرم نزدیک است و بخش همودایلیز داره به من بده. از هفته قبل مثلاً چهارشنبه که دیالیز شدم، زنگ می‌زنم که من هفته آینده روز دوشنبه می‌خواهم که آنجا دیالیز بشم، هماهنگ می‌کنم، می‌گن مدارک برگه دیالیز و آنتی‌ژنت را بیار، بعد از ظهر یا شب بیایید مشکلی نیست» (بیمار ۱).

پذیرش محدودیت حاصل از بیماری، از نظر مسافرت برای برخی بیماران تحت همودایلیز، چالش‌هایی را به همراه داشت که آنان را از رفتن به مسافرت باز می‌داشت. «دیالیز تو شهرهای دیگه مکافات داره... پیارسال سه روز مشهد رفتن، یک روزش را فقط برای بیمارستان گشتیم که دیالیز بشم، آنقدر شوهرم و پسرم رفتند، گفتند برید بیمارستان تأمین اجتماعی، رفتیم، گفتند جا نداریم. رفتیم بیمارستان دیگه‌ای، اونجا هم دستگاهشون خراب بود، یک ساعت و نیم معطل شدیم، من هم فرداش وسایلمون را جمع کردم برگشتیم سمنان... دیالیزم که دیر می‌شه، حالم بد می‌شه، به همین خاطر هیچ جا مسافرت نمی‌رم» (بیمار ۳).

تداوم مصرف داروهای تجویزی: برخی از بیماران

به اهمیت مصرف داروها طبق دستور پزشک، آگاهی داشتند و دارو را به میزان تجویز شده مصرف می‌کردند. «شش ماه از زمان شروع دیالیزم گذشت تا من دانستم که این دارویی که دکتر به من داده، حقیقتی است که بدن من به اون نیاز داره و باید آن را بخورم» (بیمار ۱).

تهیه دارو و مصرف آن برای بیشتر بیماران تحت دیالیز بسیار سخت می‌باشد. تهیه دارو به واسطه پرداخت هزینه بالای آن با توجه به بیکار بودن و مشکلات اقتصادی بیمار، باعث تحمیل هزینه به او و خانواده می‌گردد. مصرف داروهای متعدد نیز با توجه به مزمن شدن مصرف، سخت است. «ما از اول به مریض‌ها می‌گیم که شما باید کرنات کلسیم را روزی سه عدد بخورید، اما وقتی یک سال بعد از اون‌ها می‌پرسم می‌گه من دو تا می‌خورم یا روزی یکی می‌خوره یا اصلاً نمی‌خوره... می‌گه این قرص‌ها خیلی هضمش برای من مشکل است یا می‌گه خیلی بزرگ است، نمی‌تونم اونو قورت بدم یا باید اونو با آب زیاد بخورم؛ در حالی که این دارو بسیار مهم است. اگر مریض غفلت بکنه، فسفرش بالا می‌ره و بیماری استخوان زودتر شروع می‌شه» (پرستار ۳).

تطابق با فعالیت فیزیکی: اغلب بیماران با توانمندی

فیزیکی خود کنار آمده بودند تا با مشکلات کمتر و تجربه عوارض حاصل از عدم رعایت آن موارد کمتر مواجه شوند. «من جاهای عمومی نمی‌رم، مخصوصاً در این فصل (بهار) مسجد هم نمی‌رم، اگر ده نفر بیان که سالم باشند، مسلم بدان که ده نفر یازدهم، مریض است. اگر یه موقع یه جایی که عمومی است، باید برم؛ صد درصد ماسک را باید بزنم. دستکش دارم، هم زمستونی و هم تابستانی، حالا اگر خواستم با کسی دست بدهم، دستکش دارم» (بیمار ۱).

«مراقبت از ایشون خیلی سخته؛ چون دو سه بار زمین خوردند، دیابت دارند، دیدشون خوب نیست، با ویلچر اون را روزی چند بار دستشویی ببر و بیار... جساراً من خودم برای ایشون طهارت می‌گیرم، خودم تمیزشون می‌کنم، خیلی ناتوانند. تو خونه هم هیچ کس نیست. بچه‌هام میان و می‌رن، اما اون زمانی که ایشون نیاز دارند، این منم که باید نیازشون

مشارکت کننده قبلی در ادامه از مشکلات مسافرت چنین می گوید: «پارسال به اصرار خانواده دامادم، برای استراحت ایام عید اصفهان رفتیم. آنجا بیمارستان برای دیالیز گیرم نیامد و رفتیم شهرکرد، جا گیر نیامد، آخرش به روستای بیرو رفتیم که پنج نفر بیشتر دیالیز نمی شدند، من دیالیز می رفتم و می آمدم، اما برای دامادم مشکل بود که منو ببره، معطل دیالیز بشه و بعد برگردانه. امسال هرچه گفتند، نرفتم» (بیمار ۳).

حفظ استقلال روانی و اجتماعی: بیماران تحت همودیا لیز با وجود نارسایی مزمن کلیه، وابستگی به دستگاه دیالیز و تجربه تمامی مشکلات جسمی، روانی، اجتماعی و

اقتصادی، تمایل دارند که استقلال روانی و اجتماعی خود را حفظ کنند. «بیمارهای دیالیزی روحیه ندارند و از نظر روحی ضعیف هستند. وقتی با یکی سر و صدا می کنم، فشار خونم که ۱۲ بوده، می شه ۱۸... خوب این یه خطر برای من است... من که قلبم خرابه، قوه ندارم، کلیه ندارم» (بیمار ۵).

«می خوام زندگی کنم... خودم کارهامو انجام می دم، ۹۰ درصد رفت و آمدهای من با خودم است، به خانوادم زیاد سختی نمی رسونم» (بیمار ۷).

جدول ۲ درون مایه های اصلی، طبقات و زیرطبقات پژوهش حاضر را نشان می دهد.

جدول ۲. درون مایه اصلی، طبقات، زیرطبقات و کدهای تغییرات سبک زندگی در بیماران تحت همودیا لیز

درون مایه اصلی	تغییرات سبک زندگی
طبقات اصلی	تلاش جهت رعایت برنامه غذایی
زیرطبقات	محدودیت غذایی
کدها	برای خودم غذای جداگانه درست می کنم. با بچه هام غذا نمی خورم. نمک نباید بخورم. مایعات کم می خورم. سرخ کردنی برام سم است.
زیرطبقات	بی توجهی به برنامه غذاهای مجاز مصرف غذاهای دلخواه
کدها	هر چه برسه دستم می خورم. پرهیز نمی کنم. بخورم، بهتره تا نخورده بمیرم. بطری نوشابه را سر می کشم.
زیرطبقات	سازش با تغییر الگوی خواب
کدها	نیاز به خواب حین همودیا لیز برای پیشگیری از خستگی خواب باعث گذران راحت تر دیالیز می شود. خواب حین همودیا لیز ناشی از بی خوابی شبانه است. مصرف داروهای خواب آور
زیرطبقات	تداوم مصرف داروهای تجویزی
کدها	پای بندی به مصرف دارو بدنم به این داروها نیاز دارم. قبل از اتمام دارو، از دکتر نسخه می گیرم. هر طور شده، دارو هام را تهیه می کنم.
زیرطبقات	تطابق با فعالیت فیزیکی
کدها	پرهیز از کارهای سنگین خودداری از رفتن به محل های عمومی
زیرطبقات	کاهش تحرک انرژی برای انجام کارها را ندارم. دید نامناسب دردهای استخوانی و پوکی استخوان توانایی ام خیلی کم شده است.
زیرطبقات	مشکلات اقتصادی گرانی داروها داروهای دیالیز را رایگان به ما نمی دهند. کمبود دسترسی به داروهای مورد نیاز دیالیز ناتوانی بیمار در پرداخت هزینه داروهای همودیا لیز
زیرطبقات	چالش های مصرف دارو نمی توانم دارو بخورم. مصرف داروی اشتباه مصرف مقدار داروی نادرست مصرف دارو به میزان کمتر از تجویز پزشک
زیرطبقات	حفظ استقلال روانی و اجتماعی خودکارآمدی
کدها	کارهامو خودم انجام می دهم. انجام کارهایی که بیمار توانایی انجام آن ها را دارد، باعث روحیه بهتر و حفظ استقلال وی می شود. عمر طولانی با خودمراقبتی امکان پذیر است.
زیرطبقات	نقائص عملکردی کمبود توانمندی بیمار در مراقبت از خود ناتوانی در انجام شغل قبلی اختلال در روابط جنسی وابستگی به دیگران واگذاری کارهام به سایر اعضای خانواده همسر یا برادر منو بیمارستان بیاره.
زیرطبقات	مشکلات دیالیز در سفر عدم دسترسی به دیالیز راحت در سفر ترس از دیالیز شدن در مراکز دیگر همودیا لیز

بحث

نتایج مطالعه حاضر ۵ طبقه از تغییرات سبک زندگی در بیماران مبتلا به ESRD تحت درمان با همودیا لیز شامل «تلاش جهت رعایت برنامه غذایی، سازش با تغییر الگوی خواب، تداوم مصرف داروهای تجویزی، تطابق با فعالیت فیزیکی و حفظ استقلال روانی و اجتماعی» را نشان داد. این یافته‌ها با نتایج تحقیق Robinson و Clarkson (۲۳) همسو بود. آن‌ها با بررسی سبک زندگی بیماران تحت دیا لیز، سه دسته مفهومی شامل «تغییرات زندگی در دیا لیز، سازگاری و مدیریت فقدان» را مطرح نمودند. همچنین، به این نتیجه رسیدند که شناسایی نقایص سبک زندگی، به متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در شناسایی شکاف در ارائه خدمات بهداشت و درمان که در نهایت منجر به کاهش بار این بیماری در بیماران و خانواده‌های آن‌ها می‌شود، کمک می‌کند (۲۳).

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، تلاش جهت رعایت برنامه غذایی، یکی از طبقات مفهومی بود. Rambod و همکاران عنوان کردند که بیماران سعی می‌کنند با محدودیت در مصرف مایعات و رعایت رژیم غذایی در زندگی روزمره، بیماری خود را تحت کنترل درآورند (۲۴). نتایج تحقیقات نشان داده است که بی‌توجهی به محدودیت در مصرف مایعات و مواد غذایی نه تنها باعث بروز مشکلات جسمی برای بیمار می‌شود، بلکه ایجاد استرس‌های روانی و اجتماعی را به دنبال خواهد داشت (۲۴). بیش از نیمی از بیماران مبتلا به ESRD، محدودیت‌های توصیه شده در رژیم درمانی را رعایت نمی‌کنند (۲۵).

تداوم مصرف داروهای تجویز شده نیز یکی از طبقات مفهومی در سبک زندگی این بیماران بود. رعایت برنامه درمان دارویی تا حد زیادی به شرایط اقتصادی بیماران بستگی داشت. تهیه داروهای دیا لیز برای کسانی که وضعیت اجتماعی و اقتصادی مناسبی نداشتند و گاهی حتی به خانواده، خواهر و برادرانشان وابسته بودند، سخت بود و همین مشکل، مانعی جهت تهیه و استفاده از برنامه درمان دارویی می‌گردید. نمادی و موحدپور دریافتند که یکی از مهم‌ترین عوامل تنش‌زای مؤثر بر زندگی بیماران تحت همودیا لیز، مشکلات

اقتصادی است که مانع از رعایت رژیم غذایی و یا تهیه داروهای مورد نیاز آن‌ها می‌شود (۲۶). بسیاری از بیماران ESRD تحت همودیا لیز، در طول زندگی خود به چند دارو یا بیشتر نیاز دارند و این امر به یک طرح مراقبتی سازمان یافته برای تجویز دارو نیازمند است (۲۷).

سازش با تغییر الگوی خواب، یکی از طبقات مفهومی مطرح شده در سبک زندگی بیماران ESRD تحت همودیا لیز بود؛ به این صورت که آن‌ها به خصوص با افزایش سن، کم‌خوابی شبانه را با چرت زدن‌های روزانه و به ویژه حین دیا لیز مرتفع می‌کردند. مشکلات خواب شامل بی‌خوابی، مشکل در بیداری و چرت زدن مکرر می‌باشد (۲۸).

تطابق با فعالیت فیزیکی، یکی از طبقات مفهومی مطرح شده در سبک زندگی بیماران ESRD تحت همودیا لیز بود. مشارکت کنندگان به اهمیت تغییر سبک زندگی جهت کنار آمدن با چالش‌های حاصل از شرایط جسمی ناشی از بیماری واقف بودند. وجود فیستول هرچند که در دست غیر غالب تعبیه شده بود، در اغلب بیماران سبب ایجاد محدودیت‌های بسیاری در انجام نقش‌ها و فعالیت‌های فیزیکی می‌شد. ناتوانی در بلند کردن اجسام از جمله مواردی بود که توسط بیشتر بیماران به خصوص برای افراد جوان‌تر، سخت‌تر تحمل می‌گردید. نتایج مطالعه Koppale و همکاران حاکی از آن بود که این بیماران کاهش فعالیت فیزیکی روزانه و عملکرد فیزیکی دارند. همچنین، اضطراب و افسردگی که در بیماران شایع است، با اختلال بیشتر در کاهش فعالیت فیزیکی روزانه و عملکرد فیزیکی آن‌ها مرتبط می‌باشد (۲۹). تأکید بر انجام به موقع همودیا لیز ضروری می‌باشد (۳۰). انجام همودیا لیز حین سفر نیز توسط بیماران مورد تأکید قرار گرفت. با توجه به ظرفیت محدود بخش‌های همودیا لیز و فراوانی بیماران نیازمند، بیشتر بیماران در سفر با مشکلات متعددی در رابطه با انجام همودیا لیز مواجه شده بودند که نه تنها باعث اختشاش ذهنی آنان، بلکه باعث برهم خوردن برنامه سفر برای سایر اعضای خانواده شده بود و به همین علت گاهی از مسافرت رفتن خودداری می‌کردند یا بین فواصل دیا لیز، با حذف وعده برنامه دیا لیز، سفر می‌کردند. دیا لیز باعث ایجاد محدودیت در

حساس و حمایتی برای بیماران ESRD تسهیل نماید. پرستاران باید تغییرات سبک زندگی در این بیماران را ارزیابی نمایند و اقدامات لازم در خصوص ایجاد تغییرات مطلوب در سبک زندگی را مهیا نمایند. دریافت آموزش‌های صحیح و به موقع، اطمینان از تغییرات مطلوب در سبک زندگی بیماران را افزایش خواهد داد. مطالعه حاضر با محدودیتی مواجه نبود، اما مطابق با سایر مطالعات کیفی، در اغلب موارد قابلیت انتقال‌پذیری آن کم است. نتایج تحقیق حاضر می‌تواند زمینه‌ای برای انجام سایر مطالعات به روش‌های کمی و کیفی باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر تغییرات سبک زندگی در بیماران تحت همودیالیز را تبیین نمود. افراد تیم درمانی باید بیماران را جهت دستیابی به راهبردهای سازگارانه و ایجاد تغییرات اساسی در سبک زندگی حمایت کنند و بر مقابله مؤثر آن‌ها در زندگی روزمره و برخورداری این بیماران از زندگی و هویت موجود تأکید نمایند.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از طرح پژوهشی با شماره ۶۲۱ و کد اخلاق ۹۲/۴۲۰۷۴۱ مصوب دانشگاه علوم پزشکی سمنان می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی سمنان به دلیل حمایت در اجرا و هزینه‌های این طرح، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید. همچنین، از واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی کوثر دانشگاه علوم پزشکی سمنان به جهت تأیید و تأمین تسهیلات این تحقیق و از بیماران و مراقبان آن‌ها، پرستاران و پزشکان بخش مراقبت ویژه همودیالیز و مسؤول بخش کلینیکی درمانگاه بیمارستان کوثر سمنان که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

آزادی فردی می‌شود. بیماران قادر به رفتن به مسافرت نیستند و هر برنامه‌ای باید به دقت تنظیم شود (۳۲، ۳۱).

حفظ استقلال روانی و اجتماعی، یکی از طبقات مفهومی مطرح شده در سبک زندگی بیماران ESRD تحت همودیالیز بود. مشارکت کنندگان تحقیق Rix و همکاران نیز مشکلات روانی، اجتماعی و اقتصادی در بیماران ESRD را مطرح نمودند (۳۳). ESRD اختلال گسترده‌ای است که بیمار را در همه ابعاد تحت تأثیر قرار می‌دهد. مشکلات روانی و اجتماعی نیز به علت طبیعت این بیماری، نقش مخرب زیادی در سبک زندگی بیمار ایفا می‌کند (۴). محدودیت زندگی شامل زمان، محدودیت‌های اجتماعی، اوقات فراغت و رژیم غذایی است. علاوه بر این، بیماران محدودیت‌هایی را از نظر امکان آزاد بودن، مشکلات اشتغال و اقتصاد تجربه می‌کنند (۳۴، ۱۳، ۱۲). همچنین، خستگی، ضعف و محدودیت در توانایی‌های بیمار در کار کردن و ماهیت کار آن‌ها (۳۱)، منجر به بروز مشکلات اقتصادی می‌شود (۳۵). افراد مبتلا به این بیماری نیازمند برنامه درمانی پیچیده شامل همودیالیز، تغییر در سبک زندگی و تغییرات روانی اجتماعی هستند (۱۱). افراد تحت همودیالیز با محدودیت‌های بی‌شماری مانند درمان‌های مختلف در رابطه با هر نوع علایمی، مشکلات ارتباطی، آینده ناامن، محدودیت شرایط اجتماعی و کاهش توانایی اشتغال در زندگی خود مواجه می‌شوند (۳۶).

یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که بیماران از کار افتادن کلیه با تمام عملکرد آن را تجربه و ضرورت کنار آمدن با شرایط ناشی از بیماری را به خوبی درک کرده و محدودیت‌های حاصل از بیماری را پذیرفته بودند و در سبک زندگی خود تجدید نظر نمودند. آن‌ها با محدودیت‌های مختلفی که به واسطه بیماری و مراقبت همودیالیز در زندگی روزمره با آن روبه‌رو بودند، مقابله مؤثر داشتند و تا حد امکان محدودیت‌ها را رعایت می‌کردند. این اطلاعات می‌تواند عملکرد پرستاران را برای فراهم نمودن مراقبت‌های مناسب،

References

1. Davison SN. End-of-life care preferences and needs: Perceptions of patients with chronic kidney disease. Clin J Am Soc Nephrol 2010; 5(2): 195-204.
2. Jha V. Current status of chronic kidney disease care in Southeast Asia. Semin Nephrol 2009; 29(5): 487-96.

3. Estaji Z, Akbarzadeh R, Tadayon Far M, Rahnema F, Zartosht R, Najar L. Study of the life style of people in Sabzevar, Iran. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2006; 13(3): 134-9. [In Persian].
4. Yaghmayi F, Khalfi E, Khost N, Alavi-Majd H. The relationship between self-concept dimensions of health status in patients treated with hemodialysis in medical science hospital in 2004. *Pajoothane* 2006; 1(6): 9-15. [In Persian].
5. Christensen AJ, Ehlers SL. Psychological factors in end-stage renal disease: An emerging context for behavioral medicine research. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70(3): 712-24.
6. Horigan AE. Fatigue in hemodialysis patients: A review of current knowledge. *J Pain Symptom Manage* 2012; 44(5): 715-24.
7. Thomas-Hawkins C. Symptom distress and day-to-day changes in functional status in chronic hemodialysis patients. *Nephrol Nurs J* 2000; 27(4): 369-79.
8. Ribeiro PC. The chronic patient's suffering: Review of the literature (2000-2006). *Servir* 2008; 56(2): 80-9.
9. Riyahi A, Rassafiani M, Akbarfahimi N, Karimloo M. Test-retest and inter-rater reliabilities of the of Manual Ability Classification System (MACS) -Farsi version in children with cerebral palsy. *J Res Rehabil Sci* 2012; 8(2): 203-11.
10. Curtin RB, Bultman DC, Thomas-Hawkins C, Walters BA, Schatell D. Hemodialysis patients' symptom experiences: Effects on physical and mental functioning. *Nephrol Nurs J* 2002; 29(6): 562, 567-2, 574.
11. Tsay SL, Healstead M. Self-care self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *Int J Nurs Stud* 2002; 39(3): 245-51.
12. Al-Arabi S. Quality of life: Subjective descriptions of challenges to patients with end stage renal disease. *Nephrol Nurs J* 2006; 33(3): 285-92.
13. Hagren B, Pettersen IM, Severinsson E, Lutzen K, Clyne N. Maintenance haemodialysis: Patients' experiences of their life situation. *J Clin Nurs* 2005; 14(3): 294-300.
14. Pope C, Mays N. *Qualitative research in health care*. 3rd ed. New York, NY: Wiley; 2006.
15. Bayhakki, Hatthakit U. Lived experiences of patients on hemodialysis: A meta-synthesis. *Nephrol Nurs J* 2012; 39(4): 295-304.
16. Kimmel PL. Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney Int* 2001; 59(4): 1599-613.
17. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: Pitfalls and promise. *Annu Rev Psychol* 2004; 55: 745-74.
18. Patel SS, Peterson RA, Kimmel PL. The impact of social support on end-stage renal disease. *Semin Dial* 2005; 18(2): 98-102.
19. Moran A, Scott PA, Darbyshire P. Existential boredom: The experience of living on haemodialysis therapy. *Med Humanit* 2009; 35(2): 70-5.
20. Ziegert K, Fridlund B, Lidell E. Health in everyday life among spouses of haemodialysis patients: A content analysis. *Scand J Caring Sci* 2006; 20(2): 223-8.
21. Wierenga ME, Browning JM, Mahn JL. A descriptive study of how clients make life-style changes. *Diabetes Educ* 1990; 16(6): 469-73.
22. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
23. Clarkson KA, Robinson K. Life on dialysis: A lived experience. *Nephrol Nurs J* 2010; 37(1): 29-35.
24. Rambod M, Peyrovi H, Sareban MT, Rafii F. Relationship of self-efficacy with therapeutic regimen and clinical/laboratory outcomes in hemodialysis patient. *Iran J Nurs* 2009; 22(62): 41-7. [In Persian].
25. Pang SK, Ip WY, Chang AM. Psychosocial correlates of fluid compliance among Chinese haemodialysis patients. *J Adv Nurs* 2001; 35(5): 691-8.
26. Namadi M, Movahdpour A. Quality of life in patients after renal transplantation in comparison with intermittent hemodialysis. *J Ardabil Univ Med Sci* 2009; 9(2): 171-9. [In Persian].
27. Chamney M. Renal care: Six essentials for a haemodialysis patient. *Br J Nurs* 2007; 16(9): 530-2, 534, 536.
28. Kaba E, Bellou P, Iordanou P, Andrea S, Kyritsi E, Gerogianni G, et al. Problems experienced by haemodialysis patients in Greece. *Br J Nurs* 2007; 16(14): 868-72.
29. Kopple JD, Kim JC, Shapiro BB, Zhang M, Li Y, Porszasz J, et al. Factors affecting daily physical activity and physical performance in maintenance dialysis patients. *J Ren Nutr* 2015; 25(2): 217-22.
30. Davison I, Cooke S. How nurses' attitudes and actions can influence shared care. *J Ren Care* 2015; 41(2): 96-103.
31. Tong A, Sainsbury P, Chadban S, Walker RG, Harris DC, Carter SM, et al. Patients' experiences and perspectives of living with CKD. *Am J Kidney Dis* 2009; 53(4): 689-700.

32. Lindqvist R, Carlsson M, Sjoden PO. Perceived consequences of being a renal failure patient. *Nephrol Nurs J* 2000; 27(3): 291-7.
33. Rix EF, Barclay L, Wilson S, Stirling J, Tong A. Service providers' perspectives, attitudes and beliefs on health services delivery for Aboriginal people receiving haemodialysis in rural Australia: A qualitative study. *BMJ Open* 2013; 3(10): e003581.
34. Polaschek N. Living on dialysis: Concerns of clients in a renal setting. *J Adv Nurs* 2003; 41(1): 44-52.
35. Smith SR, Soliday E. The effects of parental chronic kidney disease on the family. *Family Relations* 2001; 50(2): 171-7.
36. Wadd K, King L, Bennett P, Grant J. Being a parent on dialysis: A literature review. *J Ren Care* 2011; 37(4): 208-15.

Changes in the Lifestyle from the Perspective of Hemodialysis Patients: Content Analysis

Monir Nobahar¹

Original Article

Abstract

Introduction: lifestyle changes are one of the most important factors in promoting the capabilities and quality of life in patients undergoing hemodialysis. The aim of this study was to explore the lifestyle changes from the perspective of patients undergoing hemodialysis.

Method: Using qualitative content analysis approach, changes in lifestyle in patients undergoing hemodialysis were explored. Patients were being dialyzed for at least one year. Data was collected through semi-structured interviews. Purposeful sampling was gradually started based on codes and categories and continued until data saturation. Interviews were conducted with 20 participants. The duration of interviews was between 40 and 85 minutes. Data collection and analysis was performed simultaneously based on the five-step method of Granheim and Lundman. The accuracy and rigor of the research was secured using Lincoln and Guba criteria.

Results: Five themes reflecting the experiences of changes in lifestyle among the patients undergoing hemodialysis were extracted, "trying to follow the meal plan", "persistence in taking prescription drugs," "compromising with the change in sleep patterns," "coping with physical activity", and "maintaining the social and psychological independency".

Conclusion: The finding in this study explored the lifestyle changes in patients undergoing hemodialysis. The therapeutic team must support the patient to gain coping strategies and make essential changes in life style, and emphasize on admitting them effectively in everyday life.

Keywords: Life style, Hemodialysis, Qualitative research

Citation: Nobahar M. **Changes in the Lifestyle from the Perspective of Hemodialysis Patients: Content Analysis.** J Qual Res Health Sci 2017; 6(4): 373-84.

Received date: 30.10.2015

Accept date: 07.10.2017

1- Associate Professor, Nursing Care Research Center AND Social Determinants of Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran
Corresponding Author: Monir Nobahar, Email: nobahar43@semums.ac.ir